

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS BÉNIGNES
DE L'AMYGDALE PALATINE
ET PARTICULIÈREMENT DE QUELQUES FORMES ATYPIQUES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Juillet 1900, à 10 h. du matin

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Edmond BRUNSCHWIG

Né le 21 septembre 1863 à Saint-Loup (Haute-Saône)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{ MM. ROHMER, professeur, *Président*.
CHRÉTIEN, professeur
ANDRÉ, agrégé,
JACQUES, agrégé, } *Juges.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 13, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1900

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS BÉNIGNES
DE L'AMYGDALE PALATINE
ET PARTICULIÈREMENT DE QUELQUES FORMES ATYPIQUES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 30 Juillet 1900, à 10 h. du matin

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR
Edmond BRUNSCHWIG

Né le 21 septembre 1863 à Saint-Loup (Haute-Saône)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE { MM. ROHMER, professeur, *Président*.
CHRÉTIEN, professeur
ANDRÉ, agrégé, } *Juges*.
JACQUES, agrégé, }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS *, I.

Assesseur : M. BERNHEIM *, I.

Professeurs honoraires : MM. HERRGOTT *, I, HECHT *, I,

BEAUNIS *,.

Clinique médicale	M. BERNHEIM, *, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, *, I, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, I, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, I, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, I, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A, professeur.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, I, ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, *, A, ag., ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A, ag., ch. du cours.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, A, ag. l., chargé du cours.

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES, A.
HAUSHALTER, I.	GUILLOZ, A.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A.	FROELICH A.	ANDRÉ.
ETIENNE, A.	SCHUHL A.	BOUIN.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN *, I, VAUTRIN, A, REMY, A, P. PARISOT, I.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, A, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON CHER PÈRE ET DE MA CHÈRE MÈRE

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROHMER

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

*Je le remercie du grand honneur qu'il me
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'UNIVERSITÉ DE NANCY

*C'est à lui que je dois l'idée de cette étude
où il m'a guidé de ses bons conseils.
Je lui présente ici le témoignage de ma
gratitude.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS BÉNIGNES DE L'AMYGDALE PALATINE

Et spécialement de quelques formes atypiques

CHAPITRE I^{er}

Définition et division.

On comprend sous le nom de tumeur, toute masse constituée par un tissu de nouvelle formation ayant de la tendance à persister ou à s'accroître, cette masse néoplasique étant étrangère à tout processus inflammatoire.

De par cette définition se trouvent exclus du cadre de ce travail les hypertrophies simples, ainsi que les syphilomes, comme étant les produits d'un travail simplement inflammatoire ou spécifique.

Nous avons donc pour but d'étudier les tumeurs bénignes ou à allures bénignes de l'amygdale caractérisées par la lenteur du développement, la rareté des récurrences, l'absence de généralisation et leur influence nulle sur l'état général (Coyne).

Nous grouperons les tumeurs formant le sujet de ce travail selon les tissus où elles se développent :

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Papilles..... | Papillomes. |
| 2. Glandes..... | { A. Adenomes.
B. Kystes. |
| 3. Tissu fibreux et cellulaire ... | { A. Myxomes.
B. Fibromes.
C. Lipomes. |
| 4. Tumeurs mixtes..... | |
| 5. Vaisseaux..... | { A. Angiomes.
B. Kystes sanguins. |
| 6. Dans tissu non analogue..... | { A. Choudrome.
B. Ostéome.
C. Kystes hydatiques. |
| 7. Tumeurs atypiques..... | |

Anatomie et histologie de l'amygdale.

Puisque nous limitons notre étude aux tumeurs de l'amygdale, il est utile de rappeler, sans pour cela faire l'anatomie et l'histologie complète de la région, quelques notions qui pourront nous être utiles dans le cours de ce travail et qui serviront simplement à fixer les idées, et à éviter toute confusion.

Les amygdales, encore appelées tonsilles, sont chez l'homme deux corps rougeâtres glanduliformes situés sur les côtés de la base de la langue, dans une excavation limitée par les deux piliers du voile du palais.

Cette excavation est assez profonde et a la forme d'un triangle dont la base dirigée en bas répond au bord de la langue et à la paroi latérale du pharynx : on l'appelle fosse amygdalienne.

La glande amygdale a la forme d'une amande, d'un

ovoïde aplati appliqué par une de ses faces contre le fond de la fosse ; elle a une direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Elle mesure de 20 à 30 millimètres de hauteur, environ 18 millimètres de largeur et 12 millimètres d'épaisseur ; mais ces chiffres varient beaucoup d'un sujet à l'autre et n'ont, par conséquent, rien de fixe.

La face interne libre est recouverte par la muqueuse bucco-pharyngienne ; on y distingue des orifices conduisant dans des cavités ou cryptes.

La face externe est appliquée contre le muscle amygdalo-glosse, qui la sépare de l'aponévrose du pharynx, qui est elle-même doublée en dehors par le constricteur supérieur.

Au delà est l'espace maxillo-pharyngien avec la carotide interne située en dehors et en arrière, dont la sépare un espace de 20 à 25 millimètres, la jugulaire interne, le pneumogastrique.

Le bord antérieur de l'amygdale répond au pilier antérieur ; le bord postérieur au pilier postérieur.

L'extrémité inférieure regarde la base de la langue et en est séparée par un espace de 5 à 6 millimètres.

— L'extrémité inférieure répond à l'écartement des pieds des deux piliers : au-dessus d'elle est la fossette sus-amygdalienne.

Histologie. — L'amygdale est formée par une muqueuse, continuation de la muqueuse buccale qui se replie sur elle-même un certain nombre de fois de manière à circonscrire dans son trajet une plus ou moins grande quantité de cavités qui s'ouvrent à la surface de l'amygdale par les ouvertures que l'on aper-

çoit sur sa face interne. Les replis de la muqueuse sont unis entre eux extérieurement par du tissu cellulaire épais et condensé.

L'épithélium revêtant la surface et les cryptes de l'amygdale est pavimenteux, stratifié.

Le derme renferme des papilles très petites ; il est formé de tissu adénoïde avec follicules clos disposés autour des cryptes par séries.

Dans le tissu sous-muqueux sont des glandes acineuses.

Les artères viennent de la linguale, de la pharyngienne inférieure et des palatines donnant l'artère tonsillaire unique ou multiple.

Les veines forment le plexus tonsillaire.

Les lymphatiques se rendent aux ganglions de l'angle de la mâchoire. Les nerfs viennent du lingual et du glosso-pharyngien.

Usage de l'amygdale. — Abstraction faite de ses fonctions phagocytaires encore insuffisamment délimitées, l'amygdale sécrète un liquide épais, visqueux, destiné à lubrifier le bol alimentaire et à faciliter son glissement ; ce liquide examiné au microscope renferme des cellules épithéliales pavimenteuses et quelquefois des leucocytes, des cristaux de cholestérine, des cryptogames.

Ce liquide est fourni par les glandes acineuses de l'amygdale et les cavités amygdaliennes ne sont que des réservoirs qui déversent leur contenu dans la cavité orale quand les muscles constricteurs supérieurs glosso-staphylin, pharyngo-staphylin, les compriment en se contractant dans l'acte de la déglutition (Liégeois).

CHAPITRE II

Etiologie et pathogénie.

Nous ne nous occuperons que peu d'une façon générale de la question d'étiologie ; elle est si obscure et nous avons si peu de détails à rapporter, que nous n'insisterons guère sur ce point.

Pourquoi se développe-t-il des tumeurs bénignes dans l'amygdale ? La faiblesse constitutionnelle en laquelle on a voulu voir une des principales causes de ces tumeurs, suffirait-elle à donner raison ? Ces régions sont, en effet, par suite de leur fonctionnement presque continu, exposées à des causes d'irritations presque constantes. Les inflammations et les congestions fréquentes auxquelles sont sujettes les amygdales, pourraient, dans certains cas, déterminer l'hyperplasie des éléments de la glande : ce peut être une raison, mais pas une raison suffisante, car, en somme, le nombre des personnes qui, se trouvant dans les mêmes conditions, n'ont pas de tumeurs de l'amygdale, est la majorité. Beaucoup de personnes ont eu des angines à répétition, sans avoir pour cela des tumeurs tonsillaires, de même aussi des malades sont porteurs de néoplasmes, sans avoir eu des amygdalites très fréquentes. Il y a certainement en plus quelque chose que nous ne connaissons pas encore, et qui nous sera peut-être un jour dévoilé par les microbiologistes ou par l'embryologie.

On a incriminé l'arthritisme, état avec lequel Verneuil a voulu confondre la « diathèse néoplasique », la scrofule, la tuberculose, la syphilis. Lefour a vu dans l'état de grossesse une relation de cause à effet.

Les tumeurs bénignes de l'amygdale sont très rarement congénitales, mais quoiqu'on n'en ait relaté qu'un cas, elles pourraient être plus fréquentes si on observait mieux ces organes, car certaines tumeurs, comme les angiomes par exemple, peuvent rester longtemps silencieuses. Quoique l'on ait observé des tumeurs bénignes dans les amygdales des enfants et des vieillards, elles sont plus fréquentes vers l'âge moyen de la vie de 30 à 50 ans. Ces tumeurs ont été rencontrées aussi souvent chez la femme que chez l'homme.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Il n'est guère possible de décrire une symptomatologie unique, pouvant se rapporter à tous les cas de tumeurs bénignes de l'amygdale ; il faut, en effet, faire entrer en ligne de compte leur volume et leur nature qui entraînent le plus ou moins de gravité dans les troubles produits par leur présence.

Ces tumeurs tonsillaires, comme toutes les affections en général, se traduisent par deux sortes de signes :

Les signes fonctionnels ;

Les signes physiques.

I. Signes fonctionnels. — Ils intéressent :

1° La déglutition ;

2° La respiration ;

3° La voix ;

4° L'ouïe ;

5° La circulation.

A. TROUBLES DE LA DÉGLUTITION. — L'influence des tumeurs amygdaliennes sur la déglutition est évidente, et c'est par là qu'est attirée d'abord l'attention du malade, qui sent comme un corps étranger dans le pharynx, corps étranger dont il cherche à se débarrasser par toutes sortes d'efforts.

Suivant le volume de la tumeur, cette gêne peut aller depuis le simple chatouillement jusqu'à la dysphagie véritable ; elle augmente pendant les mouvements de déglutition et peut parfois devenir douloureux. Le voile du palais étant rendu immobile ou ne pouvant plus jouer son rôle normal de soupape, on observe fréquemment le retour des liquides par les narines, comme cela se voit dans la paralysie du voile.

Ces divers troubles ne tardent pas à amener une véritable dyspepsie, complication et cause d'affaiblissement de l'organisme.

B. TROUBLES DE LA RESPIRATION. — Il y a d'abord une gêne dans l'acte respiratoire, puis, lorsque la tumeur a acquis un volume plus considérable, elle pousse devant elle et immobilise le voile du palais et la luette qui est ordinairement déformée ; elle bouche plus ou moins complètement l'orifice postérieur des fosses nasales, comme dans l'hypertrophie tonsillaire, mais à un degré beaucoup plus considérable, d'où une dyspnée continue, une gêne de la respiration pouvant aller jusqu'à la suffocation, nécessitant souvent une intervention hâtive. Cet accident s'observe surtout lorsque le malade est dans le décubitus dorsal.

Si une tumeur amygdalienne existe chez un enfant, on observe chez celui-ci un arrêt de développement : la face est exigüe, le nez étroit, la voûte palatine peu étendue et déformée en ogive, le larynx est mal développé, d'où cette altération de la voix qui est faible et voilée ; le thorax est déformé en carène ; enfin, tous les accidents qui s'observent chez les enfants qui ont une

hypertrophie amygdalienne et surtout des végétations adénoïdes, existent également dans les cas de tumeur tonsillaire.

C. TROUBLES DE LA PHONATION. — La voix subit une modification, le timbre en est changé, étouffé, le malade parle du nez ; il a de la peine à articuler certains mots et sa voix devient saccadée, hésitante, comme cela se voit dans l'hypertrophie tonsillaire : c'est la « voix amygdalienne ».

Il y a aussi des enrouements brusques, c'est-à-dire qui apparaissent rapidement et peuvent disparaître de même. Quelquefois le catarrhe pharyngien se propage au larynx et l'enrouement devient alors persistant.

D. TROUBLES DE L'OUÏE. — Dans les cas de tumeurs des amygdales, la surdité est fréquente ; cette surdité souvent peut n'être pas complète, il n'y a alors qu'une diminution de l'acuité auditive et des bourdonnements du côté où siège la tumeur.

Ces symptômes trouvent facilement leur raison d'être dans l'orifice de la trompe d'Eustache voisin des amygdales ; et, en effet, la tumeur, par son voisinage même, peut oblitérer mécaniquement cette trompe ; ou bien encore, et c'est là, d'après des auteurs autorisés, la plus fréquente raison, le catarrhe naso-pharyngien, provoqué par la présence de ce corps étranger qu'est la tumeur, se propagerait par extension à la trompe et en amènerait ainsi l'obstruction.

Quoique Chassaignac ait essayé de réfuter le premier mode d'action de la tumeur de l'amygdale, au moyen de raisons purement anatomiques il est vrai, cette

étiologie dans les accidents de l'ouïe, n'en doit pas moins être tenue pour réelle ; et, en effet, l'ablation de la tumeur amène souvent la disparition de ces accidents.

E. TROUBLES DE LA CIRCULATION. — Le voisinage de l'amygdale et des gros troncs veineux et artériels qui ramènent ou portent le sang vers les centres nerveux, rend compte de la possibilité de la compression de ces vaisseaux par une tumeur amygdalienne et, par suite, des différents troubles fonctionnels qui en sont la conséquence ; aussi remarque-t-on, chez les enfants notamment, de la céphalalgie, de l'insomnie et de l'agitation pendant le sommeil, de la torpeur, de l'inertie, de l'obtusion de l'intelligence, de l'incapacité au travail, etc...

Ces symptômes sont du même ordre que ceux qu'on observe dans le cas de végétations adénoïdes volumineuses : là, comme ici, en effet, la lésion entraîne par sa présence une gêne plus ou moins accentuée dans la circulation de retour par les plexus veineux pharyngiens.

Dans les cas où il existe un angiome, on doit examiner le cœur où on observe souvent des troubles.

F. TROUBLES RÉFLEXES. — Nous aurons à étudier :

- 1° La toux ;
- 2° Les nausées ;
- 3° La sialorrhée.

1° *Toux.* — Les picotements que le malade éprouve dans l'arrière-gorge, déterminent des envies de tousser

et de cracher irrésistibles ; ce malade émet presque constamment une sorte de « hem » caractéristique avec raclement spécial presque aussi fatiguant à entendre pour le voisinage que pénible pour le malade lui-même.

La tumeur irritant l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques peut provoquer une toux quinteuse, spasmodique, revenant par accès et rebelle à tout traitement.

On a signalé des crises de dyspnée asthmatiforme.

2° *Nausées*. — Elles s'observent parfois ; il se produit, en effet, dans la gorge, sous l'influence de la tumeur, les mêmes phénomènes que l'on provoque en introduisant le doigt dans l'arrière-gorge.

3° *Sialorrhée*. — Quelquefois on constate une augmentation de la sécrétion salivaire. Ce symptôme, plus appréciable pourtant chez les malades atteints de tumeurs malignes, redoutant les douleurs que provoque la déglutition, l'est moins ici. On a même observé, au contraire, la sécheresse de la bouche.

G. DOULEUR. — D'une façon générale, par elle-même, aucune des tumeurs bénignes de l'amygdale n'est douloureuse ; elles ne le deviennent que quand elles s'enflamment ; ou bien, la gêne qu'elles occasionnent peut devenir douloureuse quand le pharynx est le siège de poussées inflammatoires aiguës.

Hormis cette douleur accidentelle, on peut observer quelquefois, produites par une compression de filets nerveux, des douleurs irradiantes de la nuque, du cou, de l'oreille, de l'articulation temporo-maxillaire.

H. ETAT GÉNÉRAL. — Est rarement influencé par l'existence de la néoplasie, excepté, toutefois, chez les enfants où une tumeur volumineuse peut amener les phénomènes analogues à ceux que l'on observe dans l'hypertrophie des amygdales, phénomènes que j'ai décrits plus haut.

Les ganglions sont indemnes.

Il n'y a pas comme dans les tumeurs malignes ulcérées, d'hémorrhagies ni de fétidité de l'haleine.

I. INFLAMMATION DU NASO-PHARYNX. — Le catarrhe naso-pharyngien, auquel j'ai fait allusion plus haut, accompagne très fréquemment les tumeurs amygdaliennes bénignes : il s'agit d'un catarrhe muqueux produit par l'irritation constante que détermine la présence de la tumeur.

On invoque aussi pour expliquer ce catarrhe, ce fait que la tumeur par son volume oblige le malade à respirer directement par la bouche, l'air froid irrite alors la muqueuse pharyngée.

II. Signes objectifs. — Les signes fonctionnels peuvent manquer et la présence de la tumeur peut n'être reconnue qu'à l'examen objectif comportant : A l'inspection, B la palpation.

A. Inspection. — Dans certains cas, l'examen de la région est d'une facilité surprenante et la constatation d'une lésion n'offre aucune difficulté ; mais, dans d'autres cas, soit à cause d'une conformation spéciale de la cavité buccale, ou bien par suite de l'indocilité d'un sujet timoré, ou bien encore de la conformation particulière

de la tumeur, il est assez difficile de bien voir dans tous ses détails la région affectée. Mais ce sont là, toutefois, des difficultés de peu d'importance dont on vient aisément à bout.

On fait asseoir le malade devant soi et on lui fait ouvrir la bouche, en lui recommandant de garder la langue dans sa position naturelle, c'est-à-dire couchée sur le plancher de la cavité buccale ; on introduit progressivement, et sans brutalité aucune, l'abaisse-langue sur le tiers antérieur de la langue, de manière à éviter autant que possible les réflexes. On lui dit ensuite de prononcer la voyelle *a*, ce qui a l'avantage de le forcer à relever le voile du palais en abaissant la langue, et à découvrir ainsi une plus grande partie de sa gorge. Eclairant le fond de cette gorge à l'aide du miroir frontal, on procède à l'examen.

Il peut arriver qu'une tumeur implantée à la base de l'amygdale ou à la partie postéro-inférieure se dérobe dans la profondeur du pharynx ; pour l'en faire sortir, faire pratiquer au malade des mouvements d'expiration forcée et des efforts d'expuition, ou bien, au moyen de l'abaisse-langue, chatouiller la gorge de façon à provoquer un réflexe qui fera pivoter les amygdales sur elles-mêmes les rendant ainsi plus perceptibles.

On est alors fixé sur l'existence de la tumeur, sur son volume, son point exact d'implantation sur le degré du rétrécissement qu'elle fait subir à l'isthme du gosier.

Dans les cas de tumeurs siégeant à la face postérieure de l'amygdale, à son extrémité inférieure, ou dissimulée dans la fosse sus-amygdalienne souvent très

profonde, l'emploi d'un miroir laryngien ou du petit miroir rhinoscopique rendrait de grands services pour la détermination de l'existence de ces néoplasmes, ou de leur point exact d'implantation.

B. EXPLORATION. — L'exploration digitale vient compléter ces résultats. Au moyen de l'index, on va jusqu'au néoplasme et on peut en apprécier ainsi la consistance, la mobilité, l'existence ou le défaut d'adhérences aux organes voisins, etc...

On peut aussi, pour se rendre compte du point d'implantation, se servir d'un stylet qui permettra de mobiliser la tumeur et de suivre son pédicule s'il y en a un.

Par la palpation extérieure, on se rendra compte de l'absence ou de la présence de relief, de l'état des ganglions, etc.

Tels sont les symptômes par lesquels se traduit l'existence d'une tumeur de l'amygdale ; mais, on les trouvera assez rarement réunis. On comprend, en effet, que si des tumeurs dures et volumineuses, comme des fibromes, par exemple, sont accompagnées des divers symptômes que nous venons d'étudier, il n'en est pas de même avec les tumeurs molles, facilement dépressibles, comme l'angiome, le lipome, etc.

Les symptômes varient à l'infini selon le volume, la forme, le mode d'implantation de la tumeur, etc.

CHAPITRE IV

Symptômes objectifs et anatomie pathologique de chaque genre de tumeur en particulier.

1° *Papillomes*. — Ils se présentent le plus ordinairement sous la forme de masses arrondies, de couleur rosée ou gris rougeâtre, sessiles ou pédiculées, d'aspect mamelonné caractéristique qui les a fait comparer à des mûres, des framboises, des choux-fleurs, etc... Cette tumeur, généralement petite, quelquefois comme une tête d'épingle, peut acquérir le volume d'une noix ou d'un marron. Morgan a observé un papillome qui atteignait le volume d'un œuf.

Leur consistance est variable, le plus souvent assez molle ; ils se laissent habituellement arracher avec assez de facilité en provoquant un écoulement de sang peu abondant.

Schwartz (1886) décrit ainsi la structure des papillomes : ce sont des tumeurs constituées par des papilles hypertrophiées, divisées en papilles plus petites, recouvertes d'une membrane limitante, puis d'une première couche de cellules cylindriques, ou plutôt coniques, à noyaux comme pour l'épiderme cutané (couche de Malpighi) ; au-dessus, plusieurs couches de cellules cubiques ou polyédriques encore à noyaux ; enfin, à la superficie, un certain nombre de

couches d'épithélium pavimenteux ; plus l'épaisseur de ces dernières est grande, plus grande aussi est la consistance du papillome. Il est remarquable de voir que, même dans les points où il n'y a normalement ni papilles, ni épithéliums pavimenteux, mais bien un épithélium cylindrique cilié, le revêtement des papillomes et des polypes en général, est toujours une couche de cellules pavimenteuses. Makensie cependant cite trois cas où la tumeur était recouverte d'épithélium cylindrique cilié.

2° *Adénomes*. — Les adénomes de l'amygdale sont mal connus et leur réalité est même niée par quelques auteurs ; ils se présentent sous l'aspect d'une tumeur lisse, unie, d'un blanc grisâtre comme un polype muqueux, mais à consistance plus ferme, comme celle du fibrome ; ils sont ordinairement de petit volume.

A l'examen microscopique on distingue un grand nombre de culs-de-sac glandulaires au milieu du tissu conjonctif. La paroi de ces cavités est tapissée par des cellules épithéliales cylindriques ou cubiques réparties sur une seule couche, alors que dans l'épithélioma, ces cellules proliférant forment plusieurs couches. A l'intérieur de ces cavités, on trouve quelquefois une substance granuleuse probablement sécrétée par cette couche de cellules épithéliales. On trouve quelquefois aussi une assez grande vascularisation : des artérioles, des capillaires dilatés par places et formant des petits kystes sanguins.

KYSTES. — Se présentent comme des tumeurs sessiles ou plus rarement pédiculées, du volume d'un

pois à celui d'une cerise ; ils sont généralement d'une teinte brillante et ont un aspect transparent qui rappelle celui des polypes muqueux ; ils sont nettement fluctuants quand ils sont saillants, indolores.

Nous étudierons les kystes hydatiques et les kystes par rétention.

Kystes hydatiques. — On a peu observé de ces kystes, et dans les quelques cas publiés, le diagnostic ne fut formulé qu'au moment de l'intervention. Outre les signes précédents, il est probable qu'on doit aussi quelquefois percevoir au niveau de leur fluctuation, le frémissement spécial caractéristique de ce genre de kystes. Ils forment une poche composée par : 1° une membrane adventice conjonctive ; 2° une membrane propre hyaline formée elle-même d'une substance amorphe disposée en feuillets ; 3° une membrane semée de vésicules qui renferment des échinocoques ; 4° un liquide clair comme de l'eau de roche au milieu duquel on trouve flottant les vésicules hydatiques.

Lorsque les échinocoques meurent, ce liquide renferme des traces d'albumine. Si les vésicules ne renferment pas d'échinocoques, mais seulement des crochets, le kyste est dit acéphalocyste.

Kystes par rétention. — Ont une forme arrondie à contours nettement délimités, recouverts d'une muqueuse lisse et unie ; ils passent souvent inaperçus jusqu'à ce qu'ils aient atteint un certain volume comme les précédents d'ailleurs. Ils ont une coloration rosée ou jaune rougeâtre. Ils renferment un liquide épais, rougeâtre, couleur jus de pruneau, comme si à leur intérieur de petites hémorrhagies s'étaient produites ;

ce contenu les distingue nettement de celui des kystes hydatiques.

Il ne faut pas confondre ces kystes par rétention avec ceux plus spécialement étudiés par Brindel sous le nom de « tumeurs kystiques folliculaires muqueuses des amygdales » et qui sont plutôt des dépôts caséeux enkystés que des kystes proprement dits. Ces dépôts ont l'aspect d'une pustule qui se forme ; ils ont une couleur jaunâtre caractéristique, quelquefois rosée s'ils sont situés plus profondément dans la glande : il s'agit là simplement d'une rétention dans une crypte amygdalienne ou dans une glande, de produits de sécrétion et d'épithélium desquamé qui peuvent arriver à former des concrétions assez dures par la résorption des parties liquides.

3° *Myxomes*. — Les myxomes purs sont très rares. Ils se présentent sous forme d'une tumeur molle, presque fluctuante, ayant un aspect gélatineux rappelant celui des polypes muqueux des fosses nasales. En raclant une coupe, on voit s'écouler une substance citrine transparente. Cette tumeur est habituellement sessile, mais peut aussi être pédiculée.

Le myxome pur hyalin typique est formé d'une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, se continuant directement sans intermédiaire en aucun point de fibrilles connectives, avec une masse fondamentale parsemée de rares vaisseaux gorgés de sang et dans laquelle sont noyées des cellules de formes diverses : arrondies, allongées, polyédriques, polynuclées et polynucléolées, avec un fin réseau de fibrilles délicates qui anastomo-

sent certaines d'entre elles, formant ainsi le chevelu caractéristique.

B. FIBROMES. — Les fibromes se présentent d'ordinaire sous la forme de petites tumeurs arrondies, sessiles ou brièvement pédiculées, de coloration rosée ou grisâtre, de consistance molle ou dure. Les fibromes mous peuvent être confondus avec des gommés ramollies, avec des lipomes, mais ce par quoi ils se distinguent, c'est qu'ils n'ont pas cette coloration jaune propre à ces derniers. Les fibromes sessiles sont rarement douloureux, ne présentent aucune gravité et ont une évolution simple. Quelquefois on ne les découvre que par hasard.

Cette tumeur est constituée par des faisceaux de tissu fibreux entrecroisés, entre lesquels se trouvent des cellules à forme ronde ou fusiforme avec des prolongements. On y voit peu de vaisseaux et de fibres élastiques.

Il n'est pas rare de trouver du tissu muqueux associé au tissu fibreux : la tumeur devient alors un fibromyxome.

C. LIPOMES. — Ce sont des tumeurs lisses à aspect plus ou moins lobulé au début ; elles sont interstitielles et absolument indolentes ; lorsqu'elles deviennent superficielles, la région prend une couleur jaunâtre presque pathognomonique. La palpation donne une sensation de mollesse voisine de la fluctuation. Le diagnostic est, pour cette cause, souvent très difficile et ne peut se faire que grâce à l'examen microscopique. La tumeur se développant a une tendance à se pédiculiser, à prendre l'aspect d'un polype mou ; il peut quelquefois

se détacher et en tombant dans le pharynx produire des réflexes gênants, des accès de suffocation. La mastication et la déglutition dans ce cas deviennent difficiles et maladroites.

Au microscope, le lipôme est constitué par une capsule conjonctive, fournissant des travées avec leurs divisions limitant des loges où sont entassées des cellules adipeuses rondes ou polyédriques lorsqu'elles sont pressées les unes contre les autres, plus grosses que les cellules normales, groupées en lobules volumineux. Le lipôme a une vitalité qui lui est propre, car il ne diminue pas de volume chez des gens qui maigrissent.

4° *Tumeurs mixtes.* — Les différentes catégories de tumeurs conjonctives, si parfois elles se rencontrent à l'état de pureté, plus souvent se combinent ensemble pour constituer des tumeurs mixtes.

Si, par exemple, un lipôme renferme du tissu muqueux, c'est un lipôme myxomateux; si ce lipôme est mélangé à un tissu conjonctif, c'est un lipôme fibreux, parcouru par des vaisseaux dilatés, c'est un lipôme érectile, etc...

5° A. *Angiomes.* — L'angiome absolument localisé à l'amygdale a été bien rarement observé; on en trouve ordinairement en même temps sur le pharynx et le larynx. Ils apparaissent tantôt sous la forme d'une tache de coloration variable : brun foncé, violet sombre ou rouge lie de vin; tantôt sous celle d'une vraie tumeur circonscrite ou diffuse, réductible en tout ou en partie, à surface bosselée, abordée par des vaisseaux variqueux. Ces tumeurs se gonflent, se modifient légèrement sous l'influence des efforts pratiqués par le malade.

Dans les quelques cas signalés, ils étaient d'origine veineuse, aucun battement n'ayant été perçu à leur niveau. Généralement l'angiome est peu considérable.

L'angiome est formé par la dilatation et la multiplication des vaisseaux sanguins. Ces tumeurs sont simples, formées de taches plates précédemment décrites, ou caverneuses et alors formées d'alvéoles, séparées par des cloisons fibreuses et dans lesquelles circule du sang normal.

B. KYSTES SANGUINS. — Les kystes sanguins purs sont absolument rares. Dans les quelques cas qui ont été signalés, il s'agissait le plus souvent de kystes muqueux transformés en kystes sanguins par une hémorrhagie qui s'était faite dans leur intérieur (Butlin).

Les kystes sanguins sont considérés par Broca comme une modalité des angiomes.

6° A. *Chondromes*. — Cette variété de tumeur n'a pas jusqu'à présent été observée à l'état pur. Dans les quelques cas rapportés, il s'agissait plutôt d'infiltration cartilagineuse de l'amygdale que de chondromes vrais, comme s'il y avait eu, sous une influence encore inconnue, transformation du tissu fibreux en tissu cartilagineux.

Les chondromes contiennent des cellules cartilagineuses, semblables à celle du cartilage hyalin, entourées d'une capsule qu'elles perdent parfois, et envoient des prolongements qui s'anastomosent avec ceux des cellules voisines ; une substance fondamentale transpa-

rente, dure ou ramollie, traversée de fibrilles élastiques et conjonctives.

Le chondrome est enveloppé d'une membrane fibreuse qui l'isole des tissus voisins. Ces tumeurs récidivent souvent, surtout dans les glandes; aussi y a-t-il doute, quant à leur classification dans les tumeurs bénignes.

7° B. *Ostéomes*. — Je ne cite que pour mémoire certaines formations osseuses plusieurs fois observées dans les amygdales (Deichert, Stirling, etc.).

Il ne s'agit pas selon nous de véritables tumeurs, mais simplement de formations sans aucune tendance à l'accroissement et en rapport avec une anomalie de développement.

C. *Kystes hydatiques*. — Ont été étudiés en même temps que les kystes d'origine glandulaires, quoi qu'ils n'aient aucun rapport avec ces dernières tumeurs.

8° TUMEURS ATYPIQUES. — En dehors de ces diverses catégories de tumeurs à types nettement définis et qui n'empruntent de caractères spéciaux qu'à leur localisation particulière, il en existe d'autres propres à l'amygdale celles-là et qu'en raison de leurs caractères peu tranchés, il serait difficile de ranger dans une catégorie plutôt que dans telle autre. Ces tumeurs, que leurs caractères histologiques tendraient à rapprocher des tumeurs malignes, doivent par leurs allures et leur évolution clinique incontestablement prendre place dans le cadre des néoplasies bénignes.

Ces tumeurs, dont nous avons observé un remarquable exemple au cours de cette année, à la clinique de M. le

Professeur agrégé Jacques, nous paraissent être le résultat d'une prolifération anormale et tardive de cette portion de l'épithélium buccal qui donne naissance par sa transformation ultérieure en organe lymphoïde à l'amygdale palatine (Retterer). Du reste, pour nous éviter des redites, nous renverrons, pour la description de ce cas particulier et la discussion de son interprétation, à l'observation détaillée publiée plus loin.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic des tumeurs bénignes de l'amygdale, facile en général, peut, dans certains cas, présenter de grandes difficultés et des erreurs ont été commises.

En présence des signes physiques et des troubles fonctionnels que nous avons passés en revue dans un précédent chapitre, il faut d'abord se demander s'il existe en réalité une tumeur, quelle est son siège exact et enfin quelle est sa nature.

Le plus souvent l'inspection simple, en faisant ouvrir largement la bouche, suffit pour les faire découvrir. Cet examen doit, toutefois, être fait avec soin, car certains polypes prenant naissance dans le naso-pharynx, acquièrent dans certains cas un volume assez considérable pour venir faire saillie dans l'arrière-bouche.

Quel que soit le moyen d'exploration mis en usage, la présence d'une tumeur une fois établie, il faut se demander si elle est de nature solide ou liquide. La fluctuation est, pour les tumeurs liquides, un signe pathognomonique, mais il faudra songer à la fausse fluctuation présentée par certains lipômes et qui pourrait en imposer.

Les tumeurs solides de l'amygdale sont bénignes ou malignes, et un diagnostic précis est fort important au point de vue du traitement et du pronostic.

Les tumeurs cancéreuses de l'amygdale présentent

certaines symptômes que nous ne trouvons pas dans le cas de tumeurs bénignes : ce sont d'abord les adhérences intimes qu'elles contractent avec les tissus voisins, par infiltration de proche en proche ; c'est ensuite le retentissement sur les ganglions de la région qui sont rapidement engorgés ; la douleur ne manque presque jamais ; enfin, les tumeurs malignes ont une marche rapide et elles présentent à un certain moment des ulcérations à leur surface. En outre, leur action sur l'état général ne tarde pas à se faire sentir. A un certain moment, les malades porteurs de tumeurs bénignes peuvent dépérir, leur amaigrissement peut même être assez considérable, mais la gêne de la déglutition et de la respiration en est ici la cause unique.

D'après ce que nous venons de dire, il semble que le diagnostic entre néoplasmes bénins et malins soit facile ; il est des cas cependant où l'on rencontre de grandes difficultés : en effet, certains sarcomes présentent souvent tous les caractères des tumeurs bénignes : point d'adhérences intimes avec les parties voisines, pas de retentissement ganglionnaire, pas de douleur et, enfin, développement parfois assez lent ; dans ces conditions, l'examen microscopique seul, fait après l'ablation, peut faire connaître la nature des néoplasmes.

Les tumeurs malignes une fois éliminées, il nous reste à faire le diagnostic entre les diverses tumeurs bénignes que nous pouvons rencontrer ; les fibromes ont une consistance dure, les lipômes sont plus mous, ils présentent même parfois une fausse fluctuation dont nous avons déjà parlé.

Chez un adulte, il faut également penser à la possibilité de la présence de gommes syphilitiques qui ne sont pas très rares. Si, en effet, une gomme au début éveillerait de préférence l'idée d'un néoplasme malin, celle d'un sarcome, à la période de ramollissement et avant le stade d'ulcération, elle pourrait, par sa fluctuation vague et sa teinte jaunâtre, en imposer soit pour un kyste par rétention, soit même pour un lipome intra-amygdalien.

Ici, comme toujours, en matière de syphilis, c'est aux commémoratifs qu'il faudra recourir et surtout à un minutieux examen du reste de l'économie. Faute de données suffisamment précises, le traitement spécifique sera mis en usage comme pierre de touche.

Les plaques muqueuses végétantes forment une tumeur lisse et grisâtre sur quelques points, rugueuse, graineuse et exulcérée (Fournier). Ici encore, les antécédents, les douleurs à la déglutition, l'engorgement ganglionnaire, les lésions anciennes, les lésions concomitantes et, au besoin, l'efficacité du traitement spécifique éclaireront le diagnostic.

Les abcès chroniques enkystés peuvent souvent embarrasser le praticien : ces abcès rénitents ont un aspect jaunâtre, lisse, uni, qui en imposent à première vue pour une tumeur : une ponction exploratrice, ou mieux une incision au couteau galvanique détermineront le diagnostic. Dans le cas de corps étrangers et calculs, le toucher révélera une certaine induration et à l'aide du stylet on pourra, dans quelques cas, obtenir la sensation spéciale que provoque la dureté de ces calculs.

Je signale en passant la mycosé de l'amygdale : cette affection se présente sous l'aspect de petits points, de touffes, de masses cylindriques faisant issue par les orifices cryptaires, d'un blanc jaunâtre, produits par des *leptothrix buccalis* noyés dans des masses de cocci : le microscope en déterminera facilement la nature.

Enfin, l'hypertrophie amygdalienne a pour caractère d'être bilatérale et accompagnée d'un léger engorgement ganglionnaire également bilatéral.

CHAPITRE VI

Marche. — Pronostic.

La marche des tumeurs bénignes de l'amygdale est toujours fort lente et certaines d'entre elles ont pu séjourner pendant plus de 20 ans chez les sujets qui en étaient porteurs.

C'est de leur siège et de leur volume que dépend le pronostic qui parfois peut être sérieux : une tumeur bénigne peut en effet devenir maligne. Les anatomo-pathologistes admettent qu'une tumeur dite bénigne peut changer non seulement d'allure, mais aussi de nature et servir de substratum à l'infection maligne.

Pour les fibromes, les lipomes, les angiomes, les myxomes, les papillomes, le pronostic est bénin et la récurrence n'a jamais été signalée. L'adénome a de la tendance à dégénérer en tumeur épithéliale.

Il faut aussi songer à ce fait que la mort, causée par l'irruption de ces tumeurs dans les voies réniennes, peut se produire. Nous avons dit en effet que ces néoplasmes restent souvent ignorés à cause de leur indolence et de la tolérance des organes, et, dans ce cas, ne peut faire prévoir un dénouement fatal qui peut arriver subitement.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le traitement peut se résumer en bien peu de mots : ablation de la tumeur. Pour ce faire, deux procédés s'offrent à nous : l'excision simple du néoplasme et l'amygdalotomie.

L'excision aura lieu d'être appliquée dans les cas bien déterminés de tumeurs faciles à isoler de l'amygdale, donc surtout dans les tumeurs polypeuses. Dans ce cas, après avoir anesthésié la région par un badigeonnage à la cocaïne, on saisit le néoplasme avec une pince à griffes puis on l'excise à l'aide du bistouri boutonné, ou bien des ciseaux en prenant bien garde de ne pas blesser les parties voisines dans des mouvements intempestifs possibles du malade. Dans les cas où, pour une cause quelconque, on aurait à prévoir ces mouvements, il y aurait grand avantage à se servir du couteau galvanique qui outre la suppression de l'inconvénient précédent a l'avantage de détruire le point d'implantation et de prévenir ainsi les récidives.

L'arrachement est un procédé brutal, aveugle, même après torsion du pédicule ; aussi est-il à rejeter dans la plupart des cas.

Si la tumeur est sessile et n'a envahi qu'une partie de l'amygdale, on peut morceler cette amygdale au moyen de pinces coupantes spéciales qui permettent à

l'opérateur de n'enlever de l'organe que ce qu'il veut, limitant ainsi son action.

Pour peu que la tumeur soit pédiculisée ou pédiculisable, le procédé de choix est l'anse chaude. Nous avons observé récemment, à la clinique de M. le Professeur agrégé Jacques, les bons effets de son emploi au sujet d'un néoplasme hémisphérique né dans la fosse sus-amygdalienne et adhérant au voile jusqu'à la luette. Des adhérences uvulaires ayant été détruites au couteau galvanique, l'anse étranglant la tumeur à sa base permit de l'extirper instantanément et d'une façon totale ainsi que le démontra l'examen histologique.

Si le néoplasme a envahi tout le tissu de la glande, il faut alors dans ce cas enlever entièrement l'amygdale et pour ce faire, le procédé le meilleur et le plus simple est encore l'emploi de l'anse galvanique qui permet l'extirpation complète de la glande sans une goutte de sang et sans hémorrhagie consécutive, même chez des adultes.

Le fil sera porté au rouge sombre afin que la section soit plus lente, ce qui est une garantie de plus contre les hémorrhagies.

Les kystes seront incisés, évacués, en suite de quoi on cautérisera leur cavité ; on pourra aussi les enlever à l'aide de la pince coupante.

L'électrolyse sera le procédé de choix dans les angiomes, de préférence aux procédés sanglants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

AIMAR RAOULT et L. HOCHÉ, 1899.

Papillomes multiples des amygdales.

M. O..., 6 ans, respire très difficilement depuis la petite enfance ; la nuit il est sujet à des étouffements et se réveille constamment avec des accès de suffocation. Il a de la peine à avaler, il ne se nourrit pas, il est maigre, pâle. Ne pouvant avaler sa salive, il bave sans cesse. A l'examen, je trouve deux amygdales énormes obstruant presque complètement l'isthme du gosier. Ces amygdales sont rouges, végétantes, ayant l'aspect d'un chou-fleur. Il existe plusieurs ganglions tuméfiés de chaque côté du cou dans la région carotidienne. Végétations adénoïdes que j'enlevai afin de soulager la respiration. Vingt jours après, je constate que la respiration nasale se fait un peu mieux ; les amygdales, moins rouges, moins tuméfiées ont toujours le même aspect végétant. A cause de l'amaigrissement profond du petit malade, la présence de ganglions du cou, je soupçonne un lymphadénome. Un morceau de l'amygdale gauche enlevé à l'anse galvanique ne put accidentellement être examiné au microscope.

Je revis l'enfant 2 ans après ; la respiration serait devenue plus facile et la déglutition moins gênée pendant un certain temps, mais depuis, les parents ont remarqué que les amygdales sont devenues plus volumineuses. Ces dernières ferment presque complètement l'isthme du gosier ; elles ont toujours l'aspect végétant du chou-fleur d'il y a 2 ans. La droite, la plus volumineuse, a la grosseur d'un gros marron, la gauche est un peu moins forte. Le gonflement empêche le malade de

parler et d'avaler. Le pharynx est immobilisé. Petits ganglions carotidiens et sous-maxillaire à gauche. Le peu de modifications qu'ont subies ces amygdales pendant 2 ans me fait abandonner le diagnostic de tumeur maligne et adopter celui de papillome des amygdales.

Huit jours après ce dernier examen, j'enlève le $\frac{1}{3}$ inférieur de l'amygdale droite au moyen de l'anse galvanique. Ce fragment a la largeur d'une pièce de 1 franc ; il est mamelonné, formé de grains variant du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille ; l'anse galvanique n'ayant plus de prise j'enlève par morcellement le reste de cette amygdale. Peu de jours après, j'enlève facilement l'amygdale gauche au moyen de l'anse chaude.

Depuis, l'état général de l'enfant s'est considérablement amélioré, il avale très facilement. La parole, sans être tout à fait normale (il reste un peu de nasonnement par parésie du voile du palais), est compréhensible et ne gêne pas le petit malade. Il n'y a plus de ganglions carotidiens et il n'y a pas eu récédive de la tumeur.

OBSERVATIONS II, III.

WYATT WINGRAVE (*Revue Moure*, 1898, p. 33.)

Papillome de l'amygdale.

L'auteur présente à la Société laryngol. de Londres :

1^o Un papillome enlevé de l'amygdale gauche chez un homme âgé de 44 ans. La tumeur était constituée en grande partie par un noyau fibro-vasculaire recouvert d'un épithélium stratifié avec quelques corpuscules concentriques. Il avait de légers symptômes d'irritation. Amygdale hypertrophiée. Le malade avait eu des angines graves.

2^o Un papillome fibro-vasculaire de l'amygdale droite. Il ressemblait à un polype rouge suspendu à la surface de l'amygdale. Il a été enlevé à l'anse. Il avait 2 centimètres de longueur et présentait une structure fibro-vasculaire avec de petites cellules. Maux de gorge et angines.

OBSERVATIONS IV, V.

JOBSON HORNE (*Revue Moure*, 1898, p. 831).

Papillome de l'amygdale.

1^o Edouard C..., 17 ans, souffre de maux de gorge depuis 7 mois. A l'examen, le 26 janvier 1894, il existe un papillome du volume d'un bouton de soulier ayant son origine dans la partie inférieure de l'amygdale gauche, au point de rencontre du pilier antérieur et de la base de la langue. Les deux amygdales sont hypertrophiées et indurées.

2^o Sarak E..., 48 ans. Mal de gorge depuis 15 mois. Amygdalite folliculaire surtout à droite. L'amygdale de ce côté est le siège d'une tumeur polypoïde blanche, croisant la surface supérieure de l'amygdale et attachée à un pédicule situé derrière l'amygdale.

Après l'ablation de la tumeur, les sensations anormales et les troubles localisés au niveau de l'isthme du pharynx ont disparu.

OBSERVATION VI.

FRÖELICH (Ardenne, thèse Bordeaux, 1896).

Polype lymphadénique de l'amygdale.

Homme, 40 ans. Depuis plusieurs années, difficulté de la déglutition. Les amygdales sont toutes deux assez grosses. Sur celle de droite existe une tumeur arrondie, du volume d'un pois, rattachée par un pédicule fort net, court et mince à la partie médiane de la glande. De consistance molle, mobile, indolore, de même couleur que l'amygdale, finement mamelonnée à sa surface comme un chou-fleur.

Examen histologique : néoformation circonscrite de tissu adénoïde (réticulaire, cytogène) : polype lymphadénique.

OBSERVATION VII.

LEJARS (*Arch. de Méd.*, 1891, p. 641).

Polype lympho-angiomateux de l'amygdale.

P..., 24 ans. Fréquents maux de gorge. Sur l'amygdale gauche, deux polypes rattachés tous deux par un court pédicule et qui ressemblaient à deux pois accolés dans leur gousse. Ils étaient gros comme un pois, ovoïdes, d'un gris rougeâtre et de surface irrégulière. Légère hypertrophie de l'amygdale qui les portait, rhinite et angine chroniques. Excision avec les ciseaux. Pas d'hémorrhagie.

L'examen histologique démontra que la tumeur était formée de tissu lymphoïde analogue à celui de l'amygdale avec des lacunes vasculaires. La masse même de la tumeur était infiltrée de cellules lymphatiques groupées par places, en amas et figurant une ébauche de follicule.

OBSERVATION VIII.

FURET (*Revue Moudr.* n° 30, 1897).

Molluscum pendulum.

Homme de 48 ans, présentant sur l'amygdale du côté droit une petite tumeur allongée, longue de 2 centimètres environ, pédiculée, très mobile et de couleur rosée comme les tissus voisins. On voyait en outre sur le cou et le tronc de ce malade une trentaine de petites tumeurs semblables à des grains de raisin vides communément appelés molluscum pendulum. L'examen histologique attribuant à la tumeur de l'amygdale tous les caractères du molluscum pendulum commun confirma l'identité des deux lésions.

L'ablation à l'anse galvanique fut des plus simples et les troubles ressentis par le sujet (chatouillements continuels et toux quinteuse) disparurent définitivement.

OBSERVATION IX.

BÉCO, LÉON (*Revue Mœre*, 1899, p. 765).

Fibrome de l'amygdale.

Il s'agit d'une tumeur boudinée insérée sur la partie supérieure de l'amygdale gauche et dont la configuration générale rappelle un concombre. La tumeur et l'organe hypertrophié qui lui servait de base d'implantation furent enlevés du même coup au moyen de l'anse galvanique.

OBSERVATIONS X, XI

GEVAERT (*Belgique méd.*, 1896, 6 août.)

Fibrome de l'amygdale.

1^o H..., 61 ans, présente une toux où l'élément nerveux joue le plus grand rôle. Elle débute par une inspiration suivie d'une série d'expirations convulsives de plus en plus précipitées, d'une inspiration longue, sifflante, qui termine la quinte. On crut à une coqueluche, mais on finit par exclure cette maladie, à cause de la longue durée de l'affection et surtout à cause de la tendance de la toux à ne se manifester que lorsque le malade prenait la position horizontale.

Le malade crut pouvoir incriminer le développement exagéré de sa luette et demanda l'uvulotomie.

En examinant le pharynx, je trouvai une tumeur longeant la face postérieure du pilier antérieur gauche du voile du palais, et partiellement cachée par elle et descendant sous la limite inférieure de l'amygdale jusqu'à la base de la langue sur laquelle elle était repliée, de manière à atteindre presque le repli glosso-épiglottique. Il s'agissait d'un fibrome.

Après l'ablation à l'anse galvanique, la toux cessa.

2^o M^{me} X..., 37 ans, tousse beaucoup la nuit. Elle présente une tumeur piriforme, à pédicule assez mince très mobile, née à la partie supérieure de l'amygdale gauche et atteignant infé-

rieurement la base de la langue. Elle fut enlevée à l'anse galvanique, la toux cessa. A l'examen microscopique, dans ce cas comme dans le précédent, fibrome mou, le tissu connectif présentant une vascularisation très riche (Dr Van Duyse).

OBSERVATION XII

HANG (*Rev. Moure*, 1896, p. 1320).

Lipo-myxo-fibrome de l'amygdale.

F..., femme de 90 ans, qui, depuis quelques années, éprouvait une sensation de boule siégeant dans la gorge et rendant la déglutition difficile. Parésie des muscles du voile favorisant le retour des aliments, surtout liquides, par l'arrière cavité nasale. Pas de douleur, pas d'aphonie. A l'examen, l'amygdale gauche paraît normale, de même que l'épiglotte et le pharynx. Mais l'amygdale droite quelque peu atrophiée est le siège d'une tumeur du volume d'une noisette, plutôt sessile que pédiculée, de consistance dure, lisse, de coloration rouge jaunâtre. Absence de ganglions tuméfiés. Ablation à l'anse froide et à l'aide de ciseaux. En disséquant la tumeur, on voit un faisceau assez épais de tissu connectif partant de l'amygdale et se rendant dans la tumeur. La déchirure de ce faisceau provoque une hémorrhagie assez abondante : c'est qu'il contenait, comme l'a démontré l'examen ultérieur, le vaisseau nourricier de la tumeur, lequel vaisseau provenait de la carotide. L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait surtout d'un lipome, dont quelques parties avaient la consistance fibromateuse, tandis que d'autres avaient subi la transformation myxomateuse. La malade fut guérie et, jusqu'à sa mort, qui est survenue 8 mois après l'opération, elle ne présenta pas de récurrence.

OBSERVATION XIII

ONODI (*Revue de laryngol.*, 1895).

Lipome pur.

• M. Onodi signale le cas d'un petit enfant dont la mère s'était aperçue, un an auparavant, qu'il s'était formé sur son amygdale

gauche une petite tumeur qui, depuis, avait doublé de volume. Cette tumeur d'un bleu-jaune et d'un centimètre de longueur, d'un demi-centimètre de largeur, était insérée sur l'amygdale par un pédicule. M. Onodi en fait la section à l'anse froide. L'examen microscopique a montré que toute la masse était constituée par de la graisse, qu'il s'agissait donc d'un lipome pur.

OBSERVATION XIV

ONODI (*Revue laryngol.*, 1893).

Fibrome lipomateux.

M. Onodi signale encore le cas d'une fillette de 12 ans, dont l'amygdale droite était le siège d'une tumeur polypoïde jaune-bleuâtre. La tumeur, longue d'un demi-centimètre, large de un, pédiculée, fut enlevée au polypotome. Le microscope révéla que cette tumeur était constituée en grande partie par du tissu conjonctif sclérosé, donnant la coloration typique du tissu hyalin. Au milieu de la tumeur on distingue, par-ci par-là, des cellules graisseuses soit isolées, soit en groupes. Autour des cellules graisseuses, on voit une infiltration de petites cellules en partie plasmatiques qui, sans limites bien tranchées, se confond avec le tissu conjonctif mûr du voisinage. Cet examen montre donc qu'il s'agit d'un fibrome lipomateux.

OBSERVATION XV

ARSLAN (*Boll. mal. dell'Orecchio*, 1896).

Angiome de l'amygdale.

Angelo Z..., 19 ans, a toujours eu une bonne santé. Il se plaint d'un obstacle à la déglutition et de démangeaisons dans la gorge. A l'examen de la gorge, on constate à la partie supérieure de l'amygdale droite une tumeur ressemblant à une petite noix, de couleur roussâtre, de consistance charnue. Le reste de la gorge est normal. Nous enlevons la tumeur à l'amygdalotome. Pas d'hémorrhagie.

L'examen histologique, pratiqué par le Dr Vivaldi, démontra qu'il s'agissait d'un simple angiome.

OBSERVATION XVI

LAKE (Ardenne, thèse Bordeaux, 1896).

Kystes de l'amygdale.

Lake a publié, en 1892, dans le *Brit. méd. J.*, les trois cas suivants :

1^o H..., 22 ans. Amygdales enlevées il y a 2 ans; un petit kyste pédiculé était situé au centre des restes de l'amygdale, il causait une toux légère. Il fut enlevé;

2^o E..., 24 ans, 1892. Gros kyste rougeâtre de l'amygdale droite (on vit distinctement l'orifice d'une crypte dilatée, obturé par un bouchon muqueux), pas de symptômes;

3^o F..., 64 ans, 1892. Kyste de l'amygdale gauche, de couleur jaune; un autre kyste plus petit se trouvait à la base de l'uvule du même côté; pas de symptômes. On n'intervint pas. Ce kyste montrait des vaisseaux qui se ramifiaient.

Mac Bride, dans le *Brit. méd. J.*, 1892, cite deux cas de kystes par rétention de matière caséeuse, rencontrés chez des femmes qui ne souffraient pas, mais éprouvaient seulement de la gêne. Sur l'amygdale atteinte, on voyait une plaque d'un blanc jaunâtre et de dimensions considérables, sur laquelle se ramifiaient de petits vaisseaux. L'incision fit sortir dans les deux cas environ un drachme (4 gr. 36) d'un liquide crémeux ressemblant à du pus et sans odeur ou même mauvais goût. Dans les deux cas, guérison après excision dans le premier, et simple incision dans le second.

OBSERVATION XVII

(Ardenne, thèse de Bordeaux, 1896).

Fibro-chondrome diffus de l'amygdale.

M^{lle} D..., 19 ans, a eu, il y a 4 ans, un abcès du pharynx; on lui ouvrit. On lui proposa l'ablation d'une amygdale augmentée de volume.

Son père s'était, dit-elle, aperçu depuis longtemps que l'amyg-

dale droite était grosse. A 12 ans, elle est restée sourde pendant un mois.

Depuis quelque temps, elle éprouvait des picotements dans la gorge, des envies de tousser et de cracher ; n'a jamais eu d'enrouements subits de la voix, ni nausées, ni vomissements, ni de troubles de la déglutition. Pas de troubles de la respiration. Cependant, il y a un mois, elle a eu un accès de suffocation : elle étouffait et ne pouvait parler. Le lendemain, elle vint à la clinique du Dr Beausoleil.

A l'examen rhinoscopique antérieur, on aperçoit dans le fond des végétations adénoïdes qui, au doigt, semblent très grosses. Voûte palatine très ogivale. Tissu adénoïde à la base de la langue.

Rien au pharynx. La loge amygdalienne droite est beaucoup plus marquée que la gauche, le pilier antérieur droit remonte beaucoup plus haut du côté du voile que le gauche. Loge amygdalienne gauche normale.

Sur l'amygdale droite on voit une tumeur blanchâtre, d'aspect lisse, dure au toucher, à contours très réguliers, de forme ovale et aplatie, comparable à une large et grosse fève de un centimètre de hauteur, deux centimètres et demi de long sur six à sept millimètres d'épaisseur, insérée par une de ses extrémités en arrière et en haut du pilier antérieur. La tumeur ne présente pas de vascularisation à sa surface et n'est pas adhérente aux piliers.

Au-dessus de la tumeur principale, on voit un petit bourgeon bilobé du volume d'un gros pois, adhérent à la tumeur et à l'amygdale.

La partie inférieure de l'amygdale semble atrophiée.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

La tumeur est enlevée à l'anse galvanique sans écoulement de sang. Quelques jours après la plaie est cicatrisée.

A l'examen histologique après coloration, on voit de larges travées de tissu fibreux s'épanouissant à la périphérie formant une couche assez épaisse en dessous de l'épithélium pavimenteux stratifié que l'on y rencontre. Au centre de la préparation, on

voit des îlots d'un substratum homogène non granuleux ayant l'aspect du cartilage hyalin, et au milieu duquel est un ovoïde tantôt et le plus souvent d'une forme irrégulière. Ces noyaux sont tous énergiquement colorés par les réactifs nucléaires (cochenille, hémateïne). Le protoplasma qui les entoure est très peu abondant mais il existe à leur pourtour une zone claire, transparente, non colorée, arrondie, formant capsule autour de ces noyaux ; il s'agit là de choudroplastes adultes. Dans ces îlots on ne trouve pas de vaisseaux.

Nous nous trouvons donc en présence d'un choudrome diffus et étant donnés les rapports intimes qui unissent le tissu fibreux et le tissu cartilagineux, il s'agit d'un fibro-choudrome de l'amygdale.

OBSERVATION XVIII

Recueillie à la clinique de M. le Professeur agrégé JACQUES.

Tumeur atypique.

M..., François, maçon, âgé de 66 ans, est un priseur. Il se présente à la clinique des maladies de la gorge pour une surdité et des bourdonnements liés à une sclérose ancienne. Faisant ouvrir la bouche pour pratiquer la rhinoscopie postérieure, l'attention est immédiatement attirée par une notable asymétrie de l'isthme du gosier. Tandis que l'arc palatin droit présente sa forme et sa concavité normale, l'arc du côté gauche est abaissé, convexe en bas et confine au dos de la langue. En effet le bord du voile est occupé de ce côté de la luette à l'amygdale par une tumeur ovoïde à grand axe horizontal, légèrement aplatie d'avant en arrière et présentant en somme la forme et les dimensions d'une amande. Un sillon marque assez nettement du côté de la luette et du voile les limites du néoplasme. Celui-ci se fusionne au contraire en dehors sans ligne de démarcation précise avec la partie supérieure de l'amygdale. La surface est unie, de teinte rosée, tendue, sillonnée d'arborisations vasculaires. Bref, l'aspect clinique serait entièrement celui d'un lipome ; la consistance elle-même se rapproche assez de celle

qu'offre une tumeur graisseuse. Le patient, interrogé sur cette lésion, dit avoir remarqué le développement de cette petite grosseur depuis 4 années environ. L'accroissement serait très lent, les troubles subjectifs nuls ou à peu près. En tous cas, il n'existe aucune relation entre la tumeur gutturale et l'otite scléreuse bilatérale.

En considération de l'âge avancé du malade et de l'incertitude dans laquelle on se trouve, relativement au diagnostic précis, l'extirpation de cette tumeur est proposée et immédiatement acceptée par le malade.

On cocaïnise la région sur ses deux faces, puis avec le couteau galvanique porté au rouge sombre, la luette adhérente à la tumeur par tout son bord gauche en est entièrement séparée. La tumeur forme dès lors une voussure hémisphérique suffisante pour donner prise à l'anse galvanique. En serrée tout d'abord à froid, elle se pédiculise assez facilement, et la section s'effectue des plus simplement au moyen du fil rougi. La plaie est pour ainsi dire linéaire ; aucune hémorrhagie ; l'arcade vélo-palatine a immédiatement recouvert toute sa symétrie.

Etude de la tumeur. — La tumeur enlevée mesure 16 millimètres de longueur, 12 de largeur et 10 d'épaisseur maxima. On y distingue aisément à l'œil nu une sorte de membrane enveloppante, facile à détacher, qui n'est autre que la muqueuse amincie ; et, à l'intérieur, une masse énucléable blanchâtre d'une mollesse comparable à celle du lipôme, et qui se montre parcourue par des cloisons connectives émanées de l'enveloppe.

Cette disposition apparaît avec plus de netteté encore sur une coupe axiale colorée à l'hémalun-éosine et examinée soit à la loupe, soit au plus faible grossissement du microscope. L'aspect général rappelle alors assez celui de la coupe d'un ganglion lymphatique en voie de dégénérescence caséuse. Une étude plus minutieuse révèle les détails suivants : sur les deux tiers à peu près de sa circonférence, la coupe de la tumeur se montre recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, aminci par étalement ; presque partout, il apparaît formé de deux zones distinctes : l'une profonde formée de trois couches à

peu près d'éléments cylindro-cubiques à grand axe perpendiculaire à la surface, l'autre superficielle, uniquement constituée de cellules allongées parallèlement à cette même surface.

Ces deux zones d'épaisseur sensiblement égales se succèdent sans transition. En quelques points seulement, l'épithélium buccal revêt son aspect et sa stratification habituels.

Immédiatement au-dessous de l'épithélium et de sa membrane basale, règne une assise conjonctive d'épaisseur généralement uniforme et égale sensiblement à celle de l'assise épithéliale elle-même. Ses faisceaux conjonctifs et élastiques qui en constituent la trame, sont orientés parallèlement à la surface et fortement tassés. Au sein de cette couche périphérique, on rencontre la coupe de nombreux vaisseaux veineux aplatis, et de quelques artérioles d'inégal volume. Par places, on voit ces dernières s'enfoncer souvent perpendiculairement dans le noyau de la tumeur, entraînant avec elle une atmosphère conjonctive assez épaisse. Artères et veines possèdent une musculature parfaitement normale.

Au-dessous de la capsule conjonctive évidemment formée par le chorion condensé de la muqueuse, commence immédiatement le corps du néoplasme qu'on pourrait brièvement définir comme il suit : stroma lymphoïde aérolaire bourré d'éléments cellulaires riches en protoplasma et agglomérés en îlots irréguliers plus ou moins confluent.

Stroma. — Issu de la capsule fibreuse, il s'enfonce dans la tumeur en accompagnant les vaisseaux formant des cloisons de plus en plus minces, de configuration arborescente sur la coupe. Les éléments lymphatiques qu'il renferme ne sont pas uniformément disséminés, mais bien qu'existant partout, forment des amas plus serrés en différents points, sous la capsule notamment, et se montrent plus clairsemés en d'autres : nulle part ils ne s'organisent en follicules clos, mais affectent le caractère d'une infiltration diffuse irrégulière.

Amas cellulaires. — Ces amas, qui forment de beaucoup la majeure partie de la petite tumeur, sont uniquement constitués par des éléments riches en protoplasma, de configuration variée,

où le type fusiforme domine ; les noyaux généralement allongés sont volumineux et vésiculeux. La membrane n'est pas reconnaissable. Nulle part on ne rencontre au sein de ces amas d'éléments de tissu conjonctif ; par places seulement et généralement vers les bords, on découvre quelques cellules géantes à noyaux disposés en couronne plus ou moins parfaite. Enfin, bien que les amas cellulaires soient parfaitement isolés du stroma, celui-ci ne leur forme nulle part de véritables loges en se condensant autour d'eux.

Dans la région de la périphérie de la coupe correspondant au pédicule, point où manque l'épithélium, manque également la membrane enveloppante en tant que lame de tissu conjonctif condensé. Elle est remplacée en ce point par une couche plus épaisse du stroma, plus riche en éléments lymphoïdes, qui isole également d'une façon complète la masse néoplasique du côté de la profondeur.

De l'étude histologique aussi bien que du simple examen anatomique, il ressort manifestement que le néoplasme a pris naissance au sein de l'amygdale elle-même : la nature du stroma, sa continuation directe avec le tissu tonsillaire au niveau du pédicule, en témoignent suffisamment. L'extension s'est faite de dehors en dedans, en soulevant progressivement la muqueuse du bord libre du voile, jusqu'à la ligne médiane.

Il est toutefois plus difficile d'assigner une place dans la classification des néoplasmes, à la tumeur en question, que d'en déterminer le point de départ anatomique. Cliniquement, une néoformation à marche essentiellement lente, qui met 4 années à acquérir le volume d'une amande, tout en demeurant parfaitement isolée des tissus ambiants et aisément énucléable, qui ne provoque aucune douleur, aucune ulcération, aucune adénopathie, peut à bon droit trouver place parmi les néoplasies bénignes.

Histologiquement, sa constitution par des amas de cellules polymorphes riches en protoplasma, à noyaux vésiculeux allongés, d'aspect épithélioïde, enfermés dans des aréoles de tissu conjonctif du type lymphoïde, éveille un pronostic plus sérieux

par l'analogie qu'elle révèle avec le cancer des ganglions et, particulièrement, avec le sarcome fasciculé. C'est même incontestablement sous cette dernière rubrique qu'on serait tenté de ranger la petite tumeur, si les amas cellulaires étaient plus diffus et si leurs éléments offraient une forme moins irrégulière. Enfin, nous avons signalé la présence en divers points de cellules géantes, qui impriment un certain caractère irritatif à la production néoplasique considérée.

Bref, avec des caractères histologiques indéniables de malignité, notre tumeur amygdalienne évolue cliniquement comme un fibrome ou un lipôme et nullement comme un sarcome ou un épithélioma.

A quoi attribuer cette contradiction entre deux ordres de caractères d'égale valeur en pathologie ? Comment, en d'autres termes, élucider la genèse de cette néoplasie atypique ? Il est permis, croyons-nous, d'éloigner l'hypothèse de sarcome malgré certaines analogies de structure. Le sarcome de l'amygdale est toujours une affection maligne à évolution rapide, et la clinique vient même parfois, — tel cas bien connu de Luc, cité par Ardenne dans son excellente thèse, — affirmer un diagnostic que le microscope laissait en suspens. Nous aurions plus de tendance à y voir les effets d'une évolution tardive et viciée d'une portion limitée de l'amygdale elle-même. Depuis les patientes recherches de Retterer sur l'histogénèse de l'amygdale palatine, nombre d'auteurs admettent avec ce savant que l'organe tonsillaire dérive primitivement de l'épithélium buccal, et que le tissu lymphoïde ne se substitue que dans un stade ultérieur aux éléments épithéliaux proliférés. Pareille évolution est depuis longtemps admise universellement en ce qui concerne la glande thymique. N'est-il pas légitime, dès lors, ou tout au moins vraisemblable, d'invoquer pour la genèse de notre tumeur une prolifération tardive, sous une influence irritative quelconque, d'un îlot épithélial qui sommeillait au sein du stroma de la portion supérieure de la glande ?

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs bénignes de l'amygdale palatine sont relativement rares. Tantôt elles font corps avec l'amygdale, tantôt elles sont plus ou moins pédiculées et méritent alors seulement le nom de polypes, que certains auteurs attribuent à la généralité des néoplasmes bénins de la tonsille.

2° Le diagnostic de la bénignité, facile dans le cas de tumeurs polypeuses, peut être rendu très incertain pour les néoplasmes développés dans le parenchyme de la glande. Aussi l'ablation aura-t-elle plus souvent pour but d'assurer le diagnostic que de remédier à des troubles mécaniques souvent fort peu accusés.

3° A côté des tumeurs incontestablement bénignes et qui n'ont rien de spécial à l'amygdale, il en existe d'autres, que leurs caractères histologiques ne permettent de ranger dans aucune des catégories de néoplasies de bonne nature comme dans les autres points de l'économie, et qui pourtant méritent de prendre place à côté d'elles par leur évolution essentiellement lente et bénigne. Ces tumeurs, formées d'éléments épithé-

liôïdes allongés, groupés en îlots confluents, paraissent devoir être rattachées à une prolifération tardive des cellules du revêtement buccopharyngien, qui prennent part chez l'embryon à l'histogénèse des amygdales.

Vu :

Le Président de Thèse,

ROHMER.

Vu et Approuvé :

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

E. GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 19 Juillet 1900.

Le Recteur de l'Université,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BRUN. — Thèse de Paris, 1866.
- JULIA. — Polypes des amygdales. *Gaz. des hôpit. de Paris*, 1863.
- BOURDON. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1872, p. 317-320.
- PASSAQUAY. — Thèse de Paris, 1873.
- MASSE. — Polype fibro-muqueux de l'amygd. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1883, XI, 927.
- KOCH. — Sur un cas de polype amygdalien. *Ann. des mal. de l'or.*, Paris, 1888, p. 541.
- LANNOIS. — Note sur un polype pédiculé de l'amygdale. *Lyon médic.*, 1888, p. 326.
- RIVIÈRE. — *Ann. des mal. de l'or.*, 1888, 793-798.
- LEJARS. — Des polypes de l'amyg. *Arch. génér. de méd.*, Paris, 1891, p. 641.
- MC. BRIDE. — Cysts of tonsils nose, etc. *Brith. M. J.* London, 1092, i, 1011.
- LEFOUR. — Polype fibreux de l'amygd. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 avril 1891.
- LANGE. — Papillomes de l'amyg. *Deut. arch. f. Klin. méd. L.*, p. 463, 1892.
- BOUILLAUD. — Thèse de Lyon, 1893.
- GUÉPIN ET RIPALT. — Des tum. de l'amygd. *Gaz. des hôpit.*, Paris, 1894, XVII.
- MACHELL. — Papilloma of the tonsils. *N. Y. méd. Journ.*, 19 janvier 1895.
- PUSSACQ-LACERBEAU. — Thèse de Bordeaux, 1895.
- ARDENNE. — Thèse de Bordeaux, 1896.

LEMARIEZ. — Hypertr. polypoïd. de l'amygd. *Ann. des mal. de l'or.*, mai 1895.

ARSLAN. — Des tumeurs de l'amygd. *Boll. mall. dell. orecchio*, XIV, 4, 1896.

DUBOURDIEU. — Thèse de Bordeaux, 1897.

THIBOUT. — Thèse de Lille, 1898.

TESTUT. — Traité d'anatomie.

COYNE. — Anatomie pathologique.

DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie.

DECHAMBRE ET JACCOUD. — Dict. art. tumeurs de l'amygdale.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
CHAPITRE PREMIER	
Définition et Division.....	1
CHAPITRE II	
Etiologie et Pathogénie.....	5
CHAPITRE III	
Symptomatologie.....	7
CHAPITRE IV	
Symptômes objectifs et anatomie pathologique de chaque tumeur en particulier.....	15
CHAPITRE V	
Diagnostic.....	24
CHAPITRE VI	
Marche. — Pronostic.....	28
CHAPITRE VII	
Traitement.....	29
OBSERVATIONS.....	31
CONCLUSIONS.....	45
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	47



